

Bengt Öwall och Esben Boeskov Øzhayat

Bedömning av behandlingsbehov – behandlingsinriktning

Diagnostik och behandlingsplanering har i de flesta odontologiska sammanhang uppfattats som en intraoral och dental fråga för att lösa ett sjukdoms- eller ett funktionsproblem. På senare år har övergripande bedömningar av behov och patientens egna önskemål fått ökad betydelse och i till exempel estetisk tandvård blivit det helt avgörande. I en del fall med ett ganska högt biologiskt pris. Kunskapen om «hur patienten upplever sin situation före och efter en behandling, när det gäller funktion, komfort och livsstil, samt hur patienten ser på sin egen roll i behandlingen» har luckor enligt de svenska Nationella riktlinjerna för vuxentandvård. Med litteraturgenomgång, diskussion och kliniska, illustrativa exempel belyses detta för att utgöra grund för fortgående eftertanke och fördjupning.

Det låter som en självklarhet att noggrann diagnostik av tandsjukdomar, orala sjukdomar och förhållanden i övrigt i munhålan skall ligga till grund för valet av behandling. Verkligheten är emellertid långt ifrån så enkel.

Erik Dabelsteen, professor emeritus i oral diagnostik, Tandläkarskolan i Köpenhamn, påpekar i sin bok «Sund eller Syg?» att i «tandlægepraksis undersøges patienter og der stilles diagnoser, uden at dette normalt leder til større filosofiske overvejelser hos tandlægen». Tandläkarkollegorna kan nog vara överens om att bedömningen av behandlingsbehov i en djupare mening är eftersatt.

Det finns kunskapsluckor och det saknas vetenskaplig evidens om bland annat «Hur patienten upplever sin situation före och efter en behandling, när det gäller funktion, komfort och livsstil, samt hur patienten ser på sin egen roll i behandlingen» (1).

Vetenskaplig evidens är sedan ganska länge ett kardinalbegrepp inom vården för såväl diagnostik, terapival som behandlingens utförande. Detta bygger emellertid på att evidens finns och att den enskilde vårdgivaren har tillgång till denna kunskap på ett sätt som gör den användbar i kliniken.

Professor Bjarni Pjetursson, Island, påpekade i sin föreläsning om «Prosthetic treatment planning – the scientific way» vid Dansk Tandlægeforenings Årskursus 2014, att man i praktiken bör leva efter principen «Evidence-based approach and common sense in combination» (2).

För många kliniker är problemen med terapival oftast förknippade med att finna en väg framåt för att lösa kliniskt tekniska problem och leva upp till kraven på en rimlig ekonomi och prognos.

Det är i stora drag likvärdig undervisning i odontologi vid de Nordiska Tandläkarskolorna inkluderande de grundläggande värderingarna för munhälsa och tandvård. I den kliniska tandvården varierar emellertid de praktiska förhållandena en hel del mellan länderna beroende på tradition beträffande behandlingskultur, ekonomiska förhållanden, offentliga ersättningssystem och liknande för behandlingsvalet mycket avgörande frågor. Inom respektive land är också skill-

Forfatter

Bengt Öwall, professor emeritus, odont.dr. Sektionen for Oral rehabilitering, Dentalmaterialer og Oral diagnostik, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Esben Boeskov Øzhayat, lektor, ph.d. Sektionen for Oral rehabilitering, Dentalmaterialer og Oral diagnostik, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Klinisk relevans

Diagnostik inom tandvården gäller sjukdomstillstånd och funktionsnedsättning inklusive estetisk. Redan där finns svårbedömda frågor. Behandlingskultur, patientkrav, psykosociala frågor och ekonomi har tillsammans med krav och riktlinjer från vårdstyrande myndigheter därutöver en stark påverkan på den behandling som väljs. En sammanvägning av allt detta i det individuella fallet är komplicerad och en ständig diskussion är nödvändig. Vår intention är att ge ett övergripande perspektiv med koppling till kliniska fall.

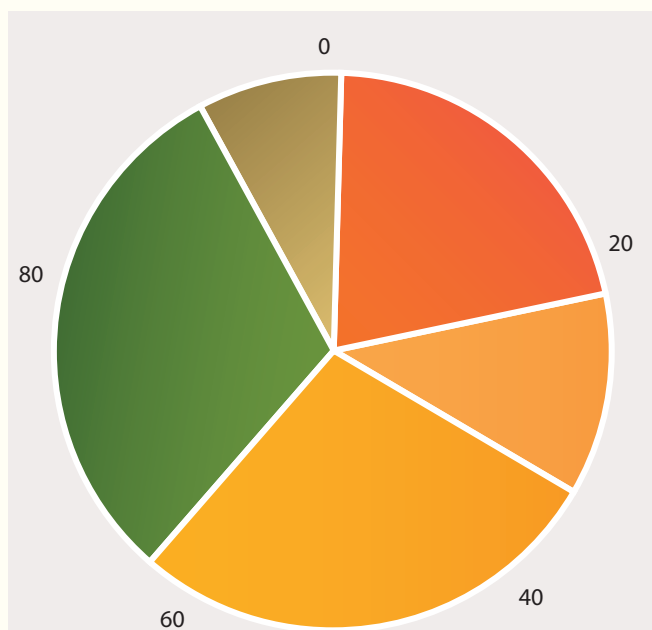


Fig. 1. Skivan till metoden Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Direct Weighing som användes vid analys av livskvalitetsaspekter på tandtillstånd och synpunkter på behandling. Personen som undersöks prioriterar problem, önskemål och förväntningar genom att sätta ord på de olika delarna av skivan. Därefter ges varje område en individuellt fastlagd betydelse genom att dess del av ytan bestäms genom att storleken på skivans sektorer ändras.

naderna stora mellan kliniker i storstädernas välsituerade delar och områden med ett klientel med lägre socioekonomisk ställning. Skillnaden mellan det klientel tandläkarklinikerna i Norden tar hand om varierar stort.

Avsikten med denna presentation är att lyfta fram en del övergripande frågor angående bedömning av behandlingsbehov och behandlingsinriktning genom att poängtera, för daglig eftertanke, aspekter av betydelse för nivån på såväl vårdens inriktning som den enskilde patientens omhändertagande. I modern vård med höga krav på motivering och dokumentation kan förhoppningsvis våra påpekanden komma till nytta.

Odontologisk diagnostik – inte bara tänder och munhåla?

Följande påstående gäller i hög grad också för tandvården; «medicinska diagnoser består helt enkelt av ett kluster av sådana symptom och tecken, som antas bero på olika typer av sjukdomsprocesser som pågår i patienten» (3).

Fleischhauer och Hermerén skriver i «Goals of Medicine in the Course of History and Today» «Caring, curing, helping, and preventing are the essence of medicine», och något senare «From its beginnings in antiquity, medicine has tried to achieve its essential ends or intrinsic goals by setting operational goals and by devising methods to attain these goals» (4).

Målet för den odontologiska diagnostiken är, att i överensstämmelse med WHO:s mål, «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of

disease or infirmity» finna en väg till oral hälsa och samtidigt patientens välbefinnande.

Den odontologiska diagnosen är emellertid många gånger en beskrivning av den aktuella situationen, fokuserad på förhållanden avseende tänder. Sällan ingår i bedömningen/diagnosen en värdering av patientens allmänpåverkan, medicinskt, psykologiskt, eller socialt och ännu mera sällan en värdering av patientens egen förståelse av sin situation. De flesta patienter har en uppfattning om sina behov, men de preciseras inte och när det kommer till drastiska eller avgörande beslut är de förvånande «okunniga». Ytliga bedömningar av estetik, tuggning, etc är vanligast. Patienter uppfattar nästan aldrig de vanliga tandsjukdomarna, och ännu mindre tandförluster som en sjukdom. Frågan är hur tandvårdsprofessionen själv och myndigheter inblandade i riktlinjer och ekonomiska bidrag i grunden ser på tandvårdsbehovet. I den svenska allmänna tandvårdsförsäkringen finns inte begreppet diagnos. Man använder uttrycket «tillstånd» som kopplas till ett antal ersättningsberättigande «åtgärder/behandlings» (5).

En tandläkare som undersöker en patient tar i allmänhet upp en kort odontologisk anamnes och koncentrerar sig på orsaken till att patienten sökt vård. Sällan används fynden för att ställa frågan «hur kunde det bli så här?» och lägga denna erfarenhet till grund för sitt handlande i andra situationer – skapa ett perspektiv på vården utifrån egna erfarenheter eller ännu viktigare för att debattera vården i ett större perspektiv.

Beskrivningen av vad som är problem bör utöver tydliga odontologiska diagnoser innehålla en värdering av tändernas betydelse för just denna patient i ett kort och i synnerhet i ett långt perspektiv. De flesta patienter vill innan de har fått en förståelse av på sin långsiktiga tandvårdssituation lösa problemen «här och nu». Många gånger är ekonomi en avgörande faktor som olyckligt nog kan en ge en styrning mot kortsiktiga och snabba beslut. Se fall 1 (Fig. 2).

Att lära känna en patients personliga situation och göra en uppskattning av framtida utveckling och därmed tandvårdsbehovet är en delikat uppgift. Inte sällan löses detta genom att patienten och tandläkaren känner varandra sedan länge. I vissa situationer är det inte relevant att fördjupa sig i sådana frågor, som när en patient har i huvudsak bra tänder och behov av «vanlig» regelbunden vård eller då man möter en patient som nått till något som närmast kan uppfattas som ett slutstadium. Valet mellan radikal, snabb och «kostnadseffektiv» behandling och omfattande, krävande och dyr, kanske rent av tekniskt riskfylld behandling är så svår att såväl patient som tandläkare bör låta ett beslut mogna. Många patienter har inte förståelse för detta och kan behöva vägledas. Se fall 2 (Fig. 3).

Utredning, fullständig röntgenundersökning, diskussion och information är ofta lågt arvoderat, vilket kan bidra till brister i dessa avseenden.

Danska Sundhedsstyrelsens Nationale kliniske retningslinjer for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen beskriver detta på ett tydligt sätt; 1. Diagnostisk undersökning är en grundläggande undersökning av nya patienter

ter med full social, medicinsk och odontologisk anamnes, klinisk undersökning av tänder, mun och käkar samt riskbedömning av patienten; 2. Statusundersökning som uppdaterar anamnes, klinisk undersökning av tänder, mun och käkar samt riskbedömning; 3. Fokuserad undersökning, en kontrollundersökning som fokuserar på ett aktuellt sjukdomsproblem, som diagnosticerats tidigare och ingår i den för tillståndet nödvändiga preventionen och behandlingen (6).

Kostnaden för tandbehandling styr kraftigt över de egentliga diagnoserna och det är tvivelaktigt om fokusering på ekonomi som i den svenska försäkringskassans hemsida «Det är fri pris-sättning på tandvård. Tandläkare och tandhygienister bestämmer själv priset för olika behandlingar. *Du har rätt att veta i förväg vad det kommer att kosta och det kan löna sig att jämföra priser (vår kursivering)*» är till patientens bästa i ett långt perspektiv (7).

Behandlingskultur

I praktiken blir behandlingskultur ett uttryck för tradition som är grundad på tandläkarskolornas undervisning, kursgivning, fackliga publikationer och juridiska uttalanden i samband med utredningar av klagomål. I Sverige har vägledande vetenskapliga underlag, SBU rapporter (Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering) givits ut inom ett flertal odontologiska ämnesområden och därefter Nationella riktlinjer (för vuxentandvård 2011 - stöd för styrning och ledning). De har stor genomslagskraft (8,1).

Intressant är att notera att en hel del «mjuka» frågor angående patienters behov och upplevelser poängteras som patientupplevelser. Det finns vetenskapligt stöd för att personer som förlorat tänder upplever sänkt självkänsla, lägre social status och försämrad funktion» (9) och etiska och sociala aspekter «det är viktigt, av rättviseskäl, att tandvårdsrelevant kunskap tas fram även för utsatta grupper», «vad skall tandläkaren informera om - får någon information undanhållas patienten?». «Ökad kunskap om olika behandlingsmetoders effekter, såväl positiva som negativa, ökar vårdgivarens möjligheter att ge information till sina patienter och därmed för patientens möjligheter att bedöma behandlingsalternativ» (10). Pålitlig kunskap saknas emellertid till stor del om den enskilde tandläkarens egna resultat, eftersom få kliniker gör systematiska uppföljningar av sina behandlingar.

Behandling av tandsjukdomar har i en övergripande mening till uppgift att undvika tandförluster och förbättra funktion varför dessa uttalanden har bärighet för all slags tandvård, diagnostik och behandlingsplanering.

Administrativa/ekonomiska bestämmelser angående vård inom offentliga ersättningssystem liksom ekonomiska frågor har stora effekter på vilka behandlingar som utförs utan att i grunden ha med diagnostik att göra. Ett ganska drastiskt historiskt exempel är att «Krankenasse» i Tyskland genom ett beslut i «Bundes-sozialgericht» 1972 ålades att betrakta tandlöshet som en sjukdom och därmed ersätta all protetik. Detta medförde en explosion av protetisk behandling i Tyskland, som berodde på att när ekonomin tillät fanns det nästan alltid en «professionell» indikation att åberopa (11). Sannolikt utvecklades en behandlingskultur av «nationell överterapi». Ett likande exempel är, när den allmänna

tandvårdsförsäkringen infördes i Sverige 1974. Antalet extraktioner och avtagbara proteser minskade radikalt, fast protetik ökade och rotfyllningar ökade, för 60-åringar och äldre (12). Detta var en ändring i behandlingskultur som troligen berodde på att subjektiva behov, som tidigare begränsats av ekonomi, kunde tillfredställas.

Ett riktmärke för behandling – inte skada

Problemet är emellertid att precisera vad som är nytta och skada inom det tandrelaterade området. Detta är trots svårigheterna förhållandevis enkelt om man endast betraktar påverkan på tänder och orala vävnader. Tillkommer sociala och psykologiska parametrar samt patientkrav och patienttillfredsställelse kompliceras icke-skada-begreppet avsevärt. Se fall 3 (Fig. 4).

Ju mindre stark indikationen för en behandling är desto viktigare är det att väga in eventuella skadeeffekter. Ett nyligen publicerat exempel gäller skalfasader. Kelleher refererar till uppgifter från Dental Protection Ltd, London, en intressant organisation (13, 14). Femtio procent av alla klagomål på skalfasader under åren 2005 - 2010 gällde brister i diagnostik och behandlingsplan och kommunikation och samtycke, resten tekniska brister inklusive pulpala. Kelleher skriver målande om kosmetisk behandling «a gentle patient request for an improvement in the 'attractiveness of their smile' as being sufficient justification for any amount of destructodontics» och fortsätter «these unfortunate patients are being robbed twice - first of their money and again of their enamel and dentine» (13).

Kelleher har i en annan provokativ publikation poängterat hur en terapeut kan se på den «moraliska frågan» om behovet av estetisk behandling genom det han kallar «The Daughter test» (15).

Den principiella problematiken angående balansen mellan över- och underbehandling, som här diskuterats för estetisk/kosmetisk vård gäller inom hela det odontologiska fältet, möjligen med undantag för «tydlig patologi» som slemhinnesjukdomar, tumörer, större infektioner, orofacial smärta och liknande. Holmstrup uttrycker det elegant i Tandlægebladet «Patienter er på forskellig måde underlegne eller står i et ensidigt afhængighedsforhold til deres behandler.....Det kunne være katastrofalt for patienterne, hvis sundhedsydelse blev købt og solgt på et frit marked, med mindre sundhedspersonalet af etiske grunde undlod at misbruge situationen.....Det er velkendt, at en del patienter, trods detaljeret og klar information, stadig er rådvile og derfor ender med at spørge tandlægen: Hvilken behandling ville De foretrække hvis De var i min situation?» (16).

Patientens sociala och estetiska behov kan ibland få närmast psykologiska och psykiatriska övertoner, som är svåra för en tandläkare att värdera. En mycket klar information och en avvaktande hållning är i de flesta fall nödvändig. I Danmark har man till exempel inte lov att igångsätta kosmetisk behandling utan att patienten ges en betänketid på 2 dagar för mindre och 1 vecka för större ingrepp (17).

Metoder för kommunikation. Patientförståelse

Även efter en grundlig anamnesupptagning kan det vara faktorer som inte kommer fram. Det är därför viktigt att penetrera orsaken till att patienten söker vård (18). Se fall 5 (Fig. 6) och fall 6 (Fig. 7). Rekommendationen är en klar och tydlig dialog där man genom samtal involverar patienten i beslutsprocessen och försöker uppnå den största säkerheten för ett korrekt underlag (18,19). I förhållande till ett frågeformulär har en djupgående diskussion en fördel genom att det som är relevant för den enskilde patienten omedelbart kommer fram. Kan man dessutom under samtals gång informera om behandlingsmöjligheternas för- och nackdelar kan man få patienten att delta på ett engagerat sätt (20). Därigenom upplever patienten sig omhändertagen och involverad, vilket ger mindre risk för klagomål. Dessutom uppfylles de lagliga krav på informerat samtyck, som finns till exempel i Danmark (21).

Att utröna patientens subjektiva funktionsproblem och önsknings- är ibland ett svårt problem eftersom många har en diffus uppfattning om vad de egentligen besväras av. Stort sett ingen som inte upplevt det vet hur det känns att «drabbas av» tandförluster, broar eller avtagbara proteser. Att informera om detta är således förenat med svårigheter. Risken att «trampa fel» är uppenbar och inför radikala förändringar bör utredningar/samtal/information och dokumentation journalföras.

WHO har publicerat ett klassifikationssystem för bedömning av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, som finns i svensk översättning (22). Även om tandvård har obetydligt utrymme i rapporten är många av påpekandena och graderingarna av hälsokomponenter, funktionstillstånd och funktionshinder synnerligen relevanta även för tandvården.

En metod, som använts vetenskapligt är den så kallade «Schedule for the evaluation of individual quality of life-direct weighting» (23). Patienten får ange de områden, lämpligen 5, som de finner problematiska i förhållande till munnen och tänderna; varefter dessa med ord införs på en skiva med vridbara olidfärgade sektorer. En inbördes prioriteringen av problemen görs genom att patienten själv viktar betydelsen av varje problemområde genom att vrida sektorerna till olika storlek/procent (Fig. 1). Denna metod kan förenklas till en samtals- och utredningsmetod genom att man stukturerar samtalet så att patienten får identifiera problem och beskriva deras inbördes betydelse.

Påpekanden

Nedanstående korta påpekanden talar för sig själv och bör kunna bidra till synen på behov av behandling, planering och uppläggning av diagnostik.

Akutupatienten

Det krävs snabba beslut och patienten är inte helt beslutskompetent på grund av smärta eller tandvårdsrädsla. Tandläkaren skall göra en bedömning av ett ingrepps betydelse i ett långt perspektiv för den aktuella patientens behov. Knappast möjligt. Extraktioner av behandlingsbara tänder kan bli resultatet. Se fall 1 (Fig. 2) och fall 2 (Fig. 3).

Etapptandvård

Begreppet etablerat i Sverige 1974-75 på grund av mycket stor belastning på tandvården vid införandet av den allmänna tandvårdsförsäkringen. Idén var att göra en plan för en långtidbehandling, med temporära åtgärder och inte fatta drastiska beslut eller låta tandstatus förvärras. Vårdprincipen och begreppet finns kvar (24) (Beskrivs på liknande sätt av flera landsting).

Vård som inte kan anstå

Begreppet har framförts i samband med vårdbehov, framförallt tandvård, för «papperslösa personer». Socialstyrelsen har avstått från att göra förteckning över diagnoser. Bara den ansvarige läkaren/tandläkaren kan bedöma vilka åtgärder sjukdomstillståndet kräver (25).

Öppen behandlingsplan

I vanliga fall uppfattar patienter och vårdgivare att en behandlings- och kostnadsplan skall läggas upp redan vid de första besöken. Ibland blir det övermäktigt för tandläkaren eller patienten att greppa hela problemet i detalj vid de inledande besöken. Dock blir man överens om en inriktning på vården. Mindre diagnostiska ingrepp eller behandlingar kan ge tid för överväganden. Se fall 3 (Fig. 4).

Beslutsinkompetent patient

Även formellt beslutskompetenta patienter kan vara olämpliga för snabba beslut. Tandläkaren kan på fackliga grunder göra vissa inledande åtgärder för att efter en tid fullfölja beslutsprocessen med informerat samtycke. Beslutsinkompetenta patienter kan till exempel säga nej till allt som rör munhålan. Vissa ingrepp kan/bör av «säkerhetsskäl» eller «rimlighetsskäl» bli nödvändiga. Se fall 3 (Fig. 4) och fall 4 (Fig. 5).

Den omöjliga patienten

Problempatienter av olika slag bör tandläkaren vara uppmärksam på. Upplever man kommunikationssvårigheter som tyder på grov oförståelse, misstänksamhet eller mycket orealistiska önskemål är det lämpligt att avstå, uppskjuta eller remittera. Behandlingar, som nödvändigtvis måste fullföljas när de väl inlets, t.ex. fast protetik, bör inte påbörjas förrän fullt förtroende finns. Patienter med psykiatriska problem, diagnostiserade eller ej, finns inom allmäntandvårdsklientelet (26).

Münchhausen-syndromet

Patienter söker vård för symtom utan verifierbar sjukdom. Ofta goda kunskaper och uppträder förtroendeingivande. Bakom beteendet ligger en personlighetsstörning av instabil typ. Namnet kommer av «ljugarbaronen» von Münchhausen, 1720-1792 (27). Sådana patienter finns även inom tandvården. Lyckligtvis sällsynta.

Fall

Genom beskrivning och diskussion av ett antal fall försöker vi visa hur de ovanstående principiella frågorna är relevanta för det dagliga kliniska arbetet.



Fig. 2a-c. Konsekvenser av tidiga extraktioner. Svår planering.

Fall 1 (Fig. 2)

45 årig man. Defekt bett. Nu problem med tandvandring, slitage, utseende, tuggning. Apikal parodontit 17, symtomfri. Bro UK loss från stöd 45 (rotbehandlad genom bron). Djup sek karies. Fått insatt implantat för 8 år sedan. Ej fullföljd protetisk behandling pga. ekonomi. Omfattande behandlingsbehov. Svårplanerat. Sannolikt «bra tänder» i ungdomsåren. Extraktioner gjorda vid akutbehandlingar på grund av ekonomiska problem. Blev patienten informerad om konsekvenserna? Kunde man gjort till exempel etappbehandling för att klara ekonomin?

Konklusion: Bettet allvarligt skadad genom extraktion av ett flertal tänder som högst sannolikt kunde ha bevarats med annan behandling än extraktioner.

Fall 2 (Fig. 3)

25 årig man. Mycket kraftigt karieserat bett. Tandvårdsräd. Inga smärtor. Flickvän önskade bättre utseende. Olika tandläkare olika bedömningar; ett förslag som låg nära tillhands var totalextraktion ÖK/helprotes ÖK; extraktion sidopartier UK/partialprotes. Ekonomi svag. Patienten kunde inte förstå innebörden av olika behandlingsförslag i långt perspektiv. Övergripande idé: destruktivt socialt att göra ovan skisserad behandling. Försöksbehandling positivt. Etappbehandling under 3 år. 36 och 17 extraherade övriga tänder bevarade.

Konklusion: Socialt betydde detta mycket för patienten. Ekonomin kunde klaras pga. lång behandling. Kortsiktigt ganska god odontologisk/teknisk prognos. Tveksamt i längden med då kan omfattningen av behandlingar begränsas. Samlat sträcks ekonomiska problem ut över mycket lång tid. I Sverige kompliceras en sådan bra och framgångsrik handläggning av administrativa och ekonomiska regler i det Statliga tandvårdsstödet/Tandvårdsförsäkringen. En ersättningsperiod/behandlingsperiod är begränsad till ett år. Kostnaden för patienten ökar betydligt om behandlingen blir längre.



Fig. 3a-d. Socialt och ekonomiskt svårhanterat. Långsiktig, succesiv planering och behandling.

Fall 3 (Fig. 4)

93 årig dam. Ej dement, fysiskt relativt frisk. Besvärlig psykologiskt. Envis. Mycket omfattande tidigare tandvård. Många kariesskador. Patientens problem att bro 15..13 fallit ut. Ville absolut inte ha annan behandling än ny bro 15..13. Kunde få rotfyllning och krona 13. Accepterade detta. Övriga omfattande kariesangrepp behandlades i samband med åtgärder 13 trots visst motstånd. Stor fasthet från tandläkarens sida nödvändig.

Prognosen för tänder med mycket stora nya lagningar synnerligen tveksam. Ingen fastlagd slutlig plan. Lovar patienten behandlingar vid behov. Provisoriska kronor i underkäksfronten faller ut inom ett halvår. Rotbehandling UK-incisiver och kronor omöjligt. Bro 43..34 av «rationella skäl». Inom ytterligare ett halvår fraktur av 3 ÖK-incisiver i tandköttshöjd. Kan behandlas med parapulpala retentionsstift och kompositkronor. Under alla behandlingar hygienåtgärder, fluorprofylax och instruktioner.

Konklusion: Efter ca 1 1/2 års «kamp» patienten slutligen positiv och tacksam. Behandling som inneburit frontala tandförluster hade säkerligen varit mycket negativt för patienten. Avtagbara proteser troligen mycket olämpligt.

Fall 4 (Fig. 5)

Kvinna 90 år. Vårdhemsboende. Kraftigt dement. Uppträder avvärrande som om hon inte vill få behandling i munnen. Säger nej till allt som rör kroppen. Tycks ha ont av påbitning i kinden av skarp etsbrokant. Stödtand 23 karterats bort. För att undvika ytterligare skador och risk för inhalation skall bron av professionella skäl avlägsnas. Övrig tandvård ej indicerad på grund av patientens allmänna reaktion. Bron avlägsnas efter förklaring som patienten inte verkar förstå.

Konklusion: En svår avvägning mellan behov av behandling av säkerhetsskäl och patientens reaktion, som kan tolkas som att hon inte samtycker till behandling. Dokumentation och korrekt professionell bedömning viktigt. Vad hade hänt om bron lossnat och fallit ned i lungorna? Ej försvarbart om faran uppmärksammats av tandläkaren och ingen åtgärd gjorts.

Fall 5 (Fig. 6)

Kvinna 63 år. Söker för second opinion eftersom hennes tandläkare sagt att hon behöver broar i UK. Har varit utan 36, 46 i ca 10 år. Har inga besvär av tandförlusterna och anser sig fungera tillfredsställande. Säger i samband med undersökningen att hon däremot besvärar av sin missfärgade framtand. Patienten har egent-

ligen accepterat den förste tandläkaren förslag, men har stora svårigheter att klara denna behandling ekonomiskt.

Efter en ingående diskussion och information om professionella oklarheter angående indikation för att ersätta 36, 46 väljer



Fig. 4a-d. Gammal oförstående patient. Behöver sociala tänder. Kan ej klara avtagbara proteser. Tekniska och «relationsmässiga» oklarheter.

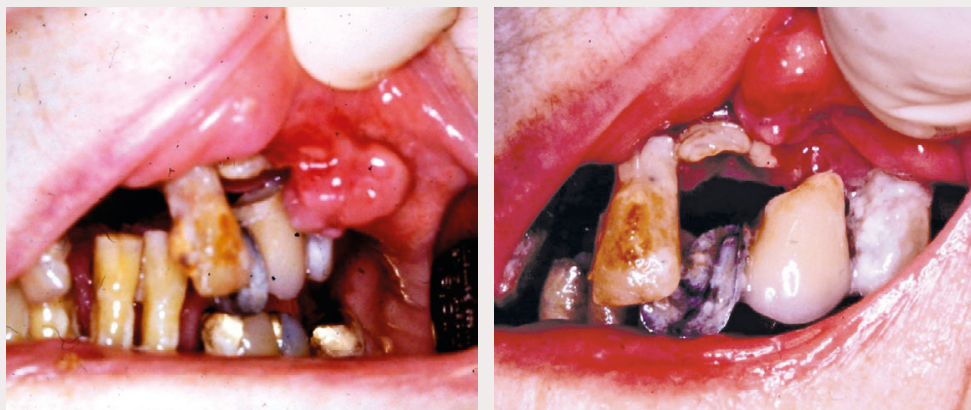


Fig. 5a-b. Kraftigt dement patient. Tycks vägra all tandvård. Avvärrande beteende. Risk för inhalation av lossnande bro.



Fig. 6a-b. Patient som har ekonomiska begränsningar har i ett första behandlingsförslag «accepterade» bro-behandling i underkäkens sidopartier. Efter närmare analys fanns emellertid ingen indikation för detta.

patienten att få behandlat 11 av estetiska skäl och avstår behandling i underkäkens sidopartier.

Konklusion: Det är lätt att en tandläkare i rehabiliteringssituationer genom att förslå behandlingar utan att ta individuella hänsyn introducerar ett

behov som egentligen inte finns. Det är nödvändigt och etiskt att med försiktighet nämna möjliga behandlingar men lämna avgörandet öppet för samråd. Slutligen gäller givetvis patientens eget beslut.

Fall 6 (Fig. 7)

66 årig man. Söker för ersättning av förlorade tänder i överkäken. Behandlingsbeslutet kan synas klart. Det framkommer emellertid i diskussionen att han inte har några funktionella problem och inte heller några subjektiva klagomål på estetiken. Den professionella bedömningen är dock att utseendet borde vara handikappande. Var finns indikationen? Efter ytterligare diskussion visar det sig att det är ett starkt önskemål från hans fru att han skall behandlas. Fast protetik utföres efter patientens önskemål.

Konklusion: Det är uppenbart att tandläkarens bedömning är helt annan än patientens. En påtaglig social indikation förligger dock som faller avgörandet efter «utredning».

English summary

Öwall B, Øzhayat EB.

Treatment needs and decision making approaches

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 24–31.

Diagnosis, treatment-planning and decision-making has in most dental contexts been connected to intraoral and dental consideration to solve a disease or functional problem. During the last few decades a wider view including aspects on needs and demands has come forward. In esthetic dentistry individual wishes have almost taken over from professional judgments, sometimes with a high biological price. The Swedish National Guidelines, 2011, point out that there are still gaps in the knowledge of how patients experience a condition before and after treatment, in relation to function, comfort and life-style, and of the patients feeling of involvement in the process. These aspects of dental care are considered, using literature review discussions and clinical examples, to create the basis for further exploration and analysis.

Litteratur

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011; 243.



Fig. 7a-b. Enligt allmänt vedertagen standard bör social, estetisk indikation för ersättning i överkäken föreligga. Subjektivt behov och omgivningens bedömning kan förenas inför slutligt beslut om behandling.

2. Pjetursson B. Föreläsning: «Prosthetic treatment planning – the scientific way». København: Årskursus, Tandlægeforeningen, 2014.
3. Svenaeus F. Homo Patologicus: Medicinska diagnoser i vår tid. Hägersten: Tankekraft Förlag, 2013; 10.
4. Fleischhauer K, Hermerén G. Goals of medicine in the course of history and today: a study in the history and philosophy of medicine. Stockholm: Kungl. Vitterhets Historie och Antikvitets Akademien, 2006; 11.
5. Föreskrifter om ändring i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008: 1) om statligt tandvårdsstöd. TLVFS 2013: 2. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets författningssamling. Sverige.
6. SUNDHEDSSTYRELSEN. Nationale kliniske retningslinjer for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen. (Set augusti 2014). Tillgänglig från: URL: <http://www.sst.dk>
7. http://www.forsakringskassan.se/privatpers/tandvard/vad_kostar_tandvarden/ (Set augusti 2014).
8. STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK UTVÄRDERING. Tandförluster. En systematisk litteraturoversikt. Rapport 204. Stockholm: SBU, 2010.
9. STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK UTVÄRDERING. Tandförluster. En systematisk litteraturoversikt. Rapport 204. Stockholm: SBU, 2010; 15.
10. STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK UTVÄRDERING. Tandförluster. En systematisk litteraturoversikt. Rapport 204. Stockholm: SBU, 2010; 23.
11. Wöstmann B. Personlig meddelande. 2013.
12. Sundberg H, Öwall B. Försäkringstandvården under åren 1974-1985: vårdinnehållet inom olika åldersgrupper behandlade i privatstandvården. Tandläkartidningen. 1989; 81: 1188-1200.
13. Kelleher M. Porcelain pornography. Faculty Dent J. 2011; 2: 134-141.
14. www.dentalprotection.org.uk
15. Kelleher MG. The 'Daughter Test' in aesthetic ('esthetic') or cosmetic dentistry. Dent Update. 2010; 37: 5-11.
16. Holmstrup P. Er der etiske problemer i tandlægens hverdag? Tandlægebladet. 1997; 101: 400-10.
17. SUNDHEDSSTYRELSEN. Bekendtgørelse om kosmetisk behandling (Set augusti 2014). Tillgänglig från: URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=163961>.
18. Øzhayat EB, Gotfredsen K, Elverdam B et al. Patient-generated aspects in oral rehabilitation decision making I. Comparison of traditional history taking and an individual systematic interview method. J Oral Rehabil. 2009; 36: 726-36.
19. Øzhayat EB, Gotfredsen K, Elverdam B et al. Patient-generated aspects in oral rehabilitation decision making II. Comparison of an individual systematic interview method and the oral health impact profile. Int J Prosthodont. 2010; 23: 421-8.

20. Stacey D, Légaré F, Col NF et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 1: CD001431. doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub4.
21. SUNDHEDSSTYRELSEN. Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. (Set augusti 2014). Tillgänglig från: URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21075>
22. SOCIALSTYRELSEN. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Tillgänglig från: URL: www.sos.se/plus/skrift.htm
23. Özhayat EB, Stoltze K, Elverdam B et al. A method for assessment of quality of life in relation to prosthodontics. Partial edentulism and removable partial dentures. *J Oral Rehabil.* 2007; 34: 336-44.
24. LANDSTINGET DALARNA. Lokala anvisningar för landstingets tandvård. Mål och inriktning för N-tandvård. Tillgänglig från: URL: www.ltdalarna.se/Tandvard.
25. SOCIALSTYRELSEN. Vård för papperslösa - vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.
26. Marxkors R. Was ist ein Problempatient in der Zahnärztlichen Praxis? *Dtsch Zahnärztl Z.* 1992; 47: 75-7.
27. Bra Böckers Stora Läkarlexikon. Münchenhausen-syndromet. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker AB, 1994.

*Adresse: Bengt Öwall, Sektionen för Oral rehabilitering, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet.
E-post: owall.bengt@telia.com*

*Esben Boeskov Øzhayat, Sektionen för Oral rehabilitering, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet.
E-post: eboz@sund.ku.dk*

Ordliste: Svensk – Norsk

Anstå – sette i bero
Arvoderat – honorert
Bärighet – bæreevne
Envis – vanskelig, egenrådig
Förknippade – forbundet
Förvånande – forbløffende
Remittera – henvise
Riktmärke – sikte
Rättviseskäl – retfærdiggøre
Undanhållas – holdes tilbake
Utröna – finne ut av
Vridbare – dreibare
Åberopa – påberope
Åtgård – ytelse